

SUPERVISIÓN PROTECTORA PLAN DE COBERTURA LAS 24 HORAS AL DÍA

POR FAVOR ESCRIBA CON LETRA DE MOLDE.

NOMBRE DEL BENEFICIARIO DE SERVICIOS DE CASA Y CUIDADO PERSONAL (IHSS):	NÚMERO DE TELÉFONO DEL BENEFICIARIO:
DIRECCIÓN DEL BENEFICIARIO DE IHSS:	
NOMBRE DE LA PERSONA DE CONTACTO PRINCIPAL RESPONSABLE:	NÚMERO DE TELÉFONO DE LA PERSONA DE CONTACTO:
PARENTESCO/RELACIÓN CON EL BENEFICIARIO:	

Como la persona de contacto principal para los arreglos relacionados con el plan de cobertura las 24 horas al día para el beneficiario mencionado anteriormente, confirmo mi entendimiento de lo siguiente:

- Se han hecho arreglos y se ha establecido un plan de cobertura las 24 horas al día.
Los requisitos de un plan de cobertura continua las 24 horas al día se pueden cumplir usando cualquier combinación de horas pagadas por los Servicios de Casa y Cuidado Personal (IHSS) y varios otros recursos alternativos (es decir, centros de cuidado para adultos o niños durante el día, centros de recursos comunitarios, centros para ancianos, centros para descanso temporal, etc.).
- Los requisitos de un plan de cobertura las 24 horas al día se cumplirán en todo momento.
- Si hay algún cambio al plan de cobertura las 24 horas al día (es decir, hospitalización, participación en programas de cuidado durante el día, viajes, etc.), inmediatamente **le notificaré al trabajador social de IHSS.**
- El beneficiario mencionado anteriormente tiene una necesidad establecida para supervisión protectora las 24 horas al día para poder quedarse en su hogar de una manera segura. El trabajador social de IHSS también me ha hablado acerca de lo apropiado que es el cuidado fuera del hogar como alternativa a la supervisión protectora las 24 horas al día.

NOMBRE DEL PROVEEDOR DE CUIDADO (1):	NÚMERO DE TELÉFONO:
NOMBRE DEL PROVEEDOR DE CUIDADO (2):	NÚMERO DE TELÉFONO:
NOMBRE DEL PROVEEDOR DE CUIDADO (3):	NÚMERO DE TELÉFONO:

Describa la implementación del plan de cobertura las 24 horas al día para supervisión protectora:

FIRMA DE LA PERSONA DE CONTACTO PRINCIPAL RESPONSABLE:	FECHA:
FIRMA DEL TRABAJADOR SOCIAL DE IHSS:	NÚMERO DE TELÉFONO:

**SERVICIOS DE CASA Y CUIDADO PERSONAL (IHSS)
SUPERVISIÓN PROTECTORA
PLAN DE COBERTURA LAS 24 HORAS AL DÍA (SOC 825)**

INSTRUCCIONES

El "Plan de cobertura las 24 horas al día, Supervisión protectora (SOC 825)" de IHSS es un formulario opcional para el uso del condado. La intención del formulario SOC 825 es asegurar que los beneficiarios que necesitan supervisión protectora, tengan cuidado las 24 horas que se necesita para su salud y seguridad las 24 horas al día. El trabajador social del beneficiario y el proveedor de cuidado de IHSS, ya sea un miembro de la familia, amigo, o una persona que no tenga ningún parentesco, deben discutir juntos un plan u horario para que el beneficiario tenga cobertura las 24 horas al día.

NOMBRE DEL BENEFICIARIO DE SERVICIOS DE CASA Y CUIDADO PERSONAL (IHSS): Anote el nombre completo del beneficiario de IHSS.

NÚMERO DE TELÉFONO DEL BENEFICIARIO: Anote el número de teléfono para comunicarse con el beneficiario.

DIRECCIÓN DEL BENEFICIARIO DE IHSS: Anote la dirección del hogar del beneficiario donde se llevará a cabo la mayoría de la cobertura las 24 horas al día.

NOMBRE DE LA PERSONA DE CONTACTO PRINCIPAL RESPONSABLE: Anote el nombre de la persona de contacto con la responsabilidad principal de coordinar el plan de cobertura las 24 horas al día.

PARENTESCO/RELACIÓN CON EL BENEFICIARIO: Anote el parentesco/relación de la persona de contacto principal con el beneficiario, (es decir, miembro de la familia, proveedor de cuidado de IHSS, amistad, etc.).

NOMBRE DEL PROVEEDOR DE CUIDADO (1), (2), (3), Y SU NÚMERO DE TELÉFONO: Anote el nombre de cada proveedor de cuidado responsable por el cuidado del beneficiario durante las 24 horas de cobertura. Anote el número de teléfono para comunicarse con cada proveedor.

Si hay más de tres (3) proveedores de cuidado responsables de este beneficiario, se puede adjuntar una hoja adicional con los nombres y números de teléfono para comunicarse con ellos.

Describa la implementación del plan de cobertura para supervisión protectora las 24 horas al día:

Anote el horario planeado, o explicación del plan en el cual el proveedor (o proveedores) mencionado anteriormente se asegurará de que el beneficiario tiene cuidado durante todo el período de las 24 horas. Se puede adjuntar una hoja adicional si se necesita más espacio para describir el plan de cobertura las 24 horas al día.

FIRMA DE LA PERSONA DE CONTACTO PRINCIPAL RESPONSABLE y FECHA:

Una vez que se haya desarrollado el plan de cobertura para las 24 horas al día, la persona de contacto principal firmará y pondrá la fecha en el formulario cuando el plan se haya discutido con el trabajador social autorizando la supervisión protectora.

FIRMA DEL TRABAJADOR SOCIAL DE IHSS y SU NÚMERO DE TELÉFONO:

Cuando se hay discutido un plan de cobertura para las 24 horas al día y que la persona contacto principal haya firmado y puesto la fecha, el trabajador social del condado firmará el formulario y anotará su número de teléfono para comunicarse con dicho trabajador.

Una copia del formulario se le proporcionará a la persona de contacto principal y el documento original se mantendrá en el expediente del caso con el condado.